

Spett.le

ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI

E DEGLI ESPERTI CONTABILI

DI FROSINONE

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DAL REGISTRO DEI PRATICANTI

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ e residente a _____ c.a.p. _____ in Via
_____ n. _____, iscritto/a nel Registro Praticanti al n. _____

CHIEDE

di essere cancellato/a dal suddetto Registro.

Con osservanza.

data

firma